



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE ABORTO INDUCIDO EN
USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGO. CUENCA. 2018.**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO
LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO

AUTORES:

JORGE MARCELO GUAMÁN LOJA

CI: 0105959423

NANCY MARISOL MARCATOMA ZHIÑIN

CI: 0104836382

DIRECTORA:

JEANNETH PATRICIA TAPIA CÁRDENAS

CI: 0104457767

CUENCA-ECUADOR

2018

RESUMEN

Antecedentes: la interrupción voluntaria del embarazo representa un problema de salud pública que compromete la salud reproductiva de las mujeres tanto desde el punto de vista biológico, psicológico y social, pudiendo terminar con la vida de una mujer si se lo realiza en situaciones de riesgo.

Objetivo: determinar el nivel de conocimientos y actitudes sobre el aborto inducido en usuarios/as del Centro de Salud N°1 Pumapungo durante el mes de agosto del 2018.

Metodología: estudio observacional, descriptivo, transversal. Se aplicó un test de conocimientos y una escala de actitudes tipo Likert modificada sobre aborto inducido a 400 usuarios/as que cumplieron los criterios de inclusión. Se reportó el nivel de conocimientos y las actitudes respecto al aborto inducido. Los datos fueron presentados por medio de tablas personalizadas. Para el análisis de los datos se utilizaron los programas SPSS MB 15 y Excel. Se aplicaron los procesos éticos para estudios con seres humanos.

Resultados: de los 400 participantes, con una media de edad de 31.7 años, el 70.3% fueron mujeres y el 40% tuvo instrucción secundaria, el 75.3% residían en áreas urbanas, el 67.5% se identificaron como católicos, el 46% tuvieron nivel socioeconómico medio-bajo. El 68 % de los encuestados tuvo un nivel medio de conocimientos, seguido de un alto conocimiento en el 25.8% y bajo 6.3%. La actitud de indiferencia fue la más frecuente con un 54.3%, seguida de aceptación en el 23.5 % y rechazo en un 22.3%.

Palabras claves: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, ABORTO INDUCIDO, ABORTO PROVOCADO

ABSTRACT

Background: the voluntary interruption of pregnancy represents a public health problem that compromises the reproductive health of women from the biological, psychological and social point of view, and can end the life of a woman who is carried out in situations of risk.

Objective: to determine the level of knowledge and attitudes about induced abortion in users of the Health Center No. 1 Pumapungo during the month of August 2018.

Methodology: observational, descriptive, cross-sectional study. A test of knowledge and an escalation of Likert-like attitudes modified on induced abortion was applied to 400 users who met the inclusion criteria. The level of knowledge and attitudes regarding induced abortion are reported. The data was delivered by means of personalized tables. The SPSS MB 15 and Excel programs are used to analyze the data. Ethical processes were applied for studies with human beings.

Results: of the 400 participants, with an average age of 31.7 years, 70.3% were women and 40% had secondary education, 75.3% resided in urban areas, 67.5% identified themselves as Catholics, 46% had a medium-low high socioeconomic level 68% of the respondents had a medium level of knowledge, 25.8% had a high level of knowledge and the low 6.3%. The attitude of indifference was the most frequent with 54.3%, an attitude of acceptance in 23.5% and a rejection in 22.3%.

KeyWords: KNOWLEDGE, ATTITUDES, INDUCED ABORTION, PROVOKED ABORTION

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
I. INTRODUCCIÓN.....	13
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
III. JUSTIFICACIÓN	17
IV. MARCO TEÓRICO	18
4.1. ANTECEDENTES:	18
4.2. BASES TEÓRICAS.....	20
4.2.1. Aborto.....	20
4.2.1.1. Marco legislativo del aborto en Ecuador.....	20
4.2.1.2. Clasificación clínica del aborto espontáneo	21
4.2.1.3. Etiología del aborto espontáneo.....	22
4.2.1.4. Diagnóstico de aborto espontáneo	24
4.2.1.5. Manejo y tratamiento del aborto espontáneo.....	24
4.2.2. Aborto inducido	26
4.2.3. Conocimiento	28
4.2.3.1. Concepto.....	28
4.2.3.2. Clasificación del Conocimiento:	28
4.2.3.3. Formas de acceso al conocimiento	29
4.2.4. Actitud	29
4.2.4.1. Concepto.....	29
4.2.4.2. Tipos de actitud.....	30
4.2.4.3. La Medición de las Actitudes	30
4.2.4.3.1. Tipos de Medidas	30
4.2.5. Escala Graffar Modificado Por Mendez Castellano	31
4.2.6. Escalas de valoración de conocimientos y actitudes sobre aborto inducido	32
V. OBJETIVOS.....	34
5.1. Objetivo general	34
5.2. Objetivos específicos.....	34
VI. DISEÑO METODOLÓGICO	35
6.1. Diseño general del estudio	35
6.2. Criterios de inclusión y exclusión	35
6.3. Variables	35



6.4. Métodos e instrumentos para recolección de información.....	35
6.5. Aspectos éticos	37
VII. RESULTADOS	38
7.1. Características de la población de estudio	38
7.2. Análisis de los resultados	40
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
XI. ANEXOS	58
ANEXO 1: formulario de recolección de datos.....	58
ANEXO 2: Operacionalización de variables	62
ANEXO 3: Consentimiento informado	64
ANEXO 4: Cronograma de actividades	64
ANEXO 5: Presupuesto.....	65
ANEXO 6: Solicitudes	66

LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL.

Nancy Marisol Marcatoma Zhiñin, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE ABORTO INDUCIDO EN USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGO. CUENCA. 2018. ", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 4 de octubre del 2018.



Nancy Marisol Marcatoma Zhiñin

CI: 0104836382



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Nancy Marisol Marcatoma Zhiñin, autora del proyecto de investigación "NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE ABORTO INDUCIDO EN USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGO. CUENCA. 2018.", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 4 de octubre del 2018.

Nancy Marisol Marcatoma Zhiñin

CI: 0105959423

**LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO
INSTITUCIONAL.**

Jorge Marcelo Guamán Loja, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE ABORTO INDUCIDO EN USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGO. CUENCA. 2018.", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 4 de octubre del 2018.




Jorge Marcelo Guamán Loja

CI: 0105959423

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Jorge Marcelo Guamán Loja, autor del proyecto de investigación "NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE ABORTO INDUCIDO EN USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGO. CUENCA. 2018.", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 4 de octubre del 2018.



Jorge Marcelo Guamán Loja

CI: 0105959423



DEDICATORIA

A Dios por guiar mi camino. A mis padres y hermanos quienes han sido y son mi felicidad, ejemplo e inspiración para seguir y alcanzar los objetivos.

Nancy Marisol Marcatoma Zhiñin



DEDICATORIA

A Dios, por darme la vida. A los docentes de la facultad de medicina por haber colaborado en mi formación profesional. Y a mi familia por apoyarme incondicionalmente.

Jorge Marcelo Guamán Loja



AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a Dios por la vida y salud. A nuestras respectivas familias por apoyarnos incondicionalmente. A los docentes de la Facultad de Ciencias Médicas por haber colaborado en nuestra formación profesional.

Un agradecimiento especial a la Dra. Jeanneth Tapia por el esfuerzo y tiempo, quien con su alegría, conocimientos, experiencia y paciencia, nos ha apoyado en el proceso de elaboración de este proyecto de investigación. Que Dios la bendiga y continúe siendo una guía en la vida de sus estudiantes.

LOS AUTORES

I. INTRODUCCIÓN

El aborto inducido y/o provocado, definido como “la interrupción de la gestación antes de que el feto sea viable fuera del claustro materno, determinado por la voluntad de la mujer embarazada o de la persona que lo realiza”, siendo clasificado de acuerdo al objetivo de la terminación del embarazo en legal e ilegal (1), es un tema complejo, pero una realidad latente que se practica a nivel mundial, y que no discrimina grupos sociales, culturales, étnicos o nivel socioeconómico. El abordaje legal, moral, religioso y su articulación con la salud pública y derechos de la mujer es sumamente complicado, ya que su tajante prohibición se asoció de manera histórica con el aumento de abortos clandestinos, complicaciones postaborto y muertes maternas (2).

A través de la historia, la interrupción del embarazo de manera voluntaria ha sido y es un dilema ético de gran controversia, ya que debe ser abordado desde varias esferas como son: las connotaciones psicológicas, éticas y jurídicas, entre otras, por ello su praxis implica consecuencias no solo para la mujer que decide tomar la decisión de abortar sino también de la persona que lo practica (3) (4).

Son varias las razones por las que las mujeres optan por el aborto inducido y/o provocado entre las cuales se han descrito: el abandono o falta de apoyo de la pareja, las malas relaciones familiares, la interrupción de proyectos de vida, el no sentirse preparadas para ser madres en ese momento de sus vidas, o que el embarazo es fruto de una relación sexual ocasional, entre otros (2).

Por todas las implicaciones que tiene el aborto provocado, aplicado tanto manera legal o ilegal, y, este último de manera insegura, es trascendental que se aborde el tema, además que hoy en día está en auge ya que cada vez un mayor grupo de países se suman al hecho de legalizarlo, a pesar de los grandes debates, marchas y oposiciones generadas en torno a su práctica. Lo cierto es que a pesar de todo, las mujeres que deseen un aborto continuarán poniendo en riesgo su vida y alimentando de esta manera un creciente el número de personas anónimas quienes ofrecen “abortos seguros” en entidades clandestinas con resultados nefastos sobre

todo para aquellas con pocos o nulos recursos económicos y cuya muerte, si se produce, muchas veces es invisibilizada (5).

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se calcula que a nivel mundial anualmente se producen más de 40 millones de abortos provocados (6), de estos al menos 19 millones se consideran que se practican de manera insegura (7) (8); y en su mayoría dichos abortos en situación de riesgo se realizan en países en vías de desarrollo, sobre todo en países donde las leyes de acceso al mismo son restrictivas, es así que en África se reportan cifras de hasta un 97% de abortos inseguros con una tasa de 29 por cada 1000 mujeres, en Asia del Sur y Central un 65% son catalogados como clandestinos (3). En Europa la incidencia de abortos inducidos es de 4.2 millones, Europa Occidental tiene la tasa más baja del mundo de 12 por cada 1000 nacidos vivos a diferencia de los naciones orientales se reportan cifras escalofrantes que van de hasta 500 por cada 1000 nacidos vivos (9).

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2014, estimó que cada año se realizan unos 22 millones de abortos inseguros en todo el mundo, y, las defunciones debidas a “abortos peligrosos” representaron en este año el 13% de todas los fallecimientos de gestantes, a su vez unos 5 millones de mujeres ingresaron a centros hospitalarios por causa de un aborto peligroso, y de ellas más de 3 millones que sufrieron complicaciones y no recibieron atención médica (10). El aborto sin restricción es permitido en 61 países, lo cual representa un 39.5% de la población mundial, 66 países lo permiten siempre y cuando sea para salvar la vida de la madre, 59 naciones lo admiten en el caso de preservar la salud de la mujer, a su vez 13 países por razones socioeconómicos y únicamente 5 estados de los 193 que integran la Organización Mundial de Naciones Unidas (ONU) prohíben de manera absoluta esta práctica y son: Malta, Ciudad del Vaticano, El Salvador, Nicaragua y Chile (11).

La tasa de embarazos en América Latina y el Caribe el periodo 2010-2014, fue la más alta a nivel mundial con 96 gestaciones por cada 1000 mujeres, de ellas alrededor de 6.5 millones terminaron en abortos inducidos (32 por cada 1000



mujeres), y, el 60% de los procedimientos se clasificaron en la categoría de inseguros, siendo las madres con nivel socioeconómico bajo y residentes en áreas rurales las más propensas a practicarlo. Por otro lado, es importante subrayar que la frecuencia de aborto varía entre las regiones así: se exponen cifras de 33 por cada 1000 mujeres en América Central, 48 por cada 1000 en América del Sur y 59 por cada 1000 en el Caribe (12), siendo los abortos catalogados como inseguros los que representan casi el 25% de todas las muertes maternas en dichas zonas geográficas (13).

Cerca de 2.000.000 de adolescentes son sometidas a abortos en países en desarrollo anualmente, casi siempre en situaciones de riesgo, informándose que 1 de cada 3 mujeres que acuden al hospital solicitando asistencia por complicaciones de aborto tienen menos de 20 años (14).

Según grupo racial y étnico en Estados Unidos se estima que el 39% de mujeres que abortaron fueron blancas, el 28% negras, 25 % hispanas, 6% asiáticas y 3% de otros grupos, en cuanto a la identificación religiosa el 13% fueron evangélicas, el 17% protestantes, 24% católicos y 38% no se identificó con ninguna religión (15). Las mujeres de 20 a 29 años tuvieron un mayor porcentaje de abortos con 55 % a pesar de representar solo el 40% en edad reproductiva, 15-19 años 15%, 30-39 años el 25% y 40-44 años el 4% de abortos informados (16).

En Perú, 370.000 abortos clandestinos se producen anualmente, lo cual significa que hay 5 mujeres que abortan por cada 100 gestantes, siendo la tercera causa de mortalidad materna y la primera en morbilidad y hospitalización de mujeres (13). En Argentina, en el año 2017, se calcula que se realizaron entre 370.000 y 520.000 abortos (17). Por su parte en Chile, que es uno de los países en América Latina que tiene una ley sumamente restrictiva en cuanto al aborto, ya que dispone de una legislación que viola todo derecho de confidencialidad, ya si una mujer se hubiera practicado un aborto, los médicos están obligados a denunciar a sus pacientes, a pesar de ello se calcula que más de 10.000 mujeres abortan (muertes de 18.3 por cada 1000 nacidos vivos), ocupando la tercera causa de mortalidad materna en este país (18).

Es importante situar a la problemática del aborto de acuerdo a su dimensión real y concreta, es así que en Ecuador en el 2014 se reportó 35.711 (112/1000) de casos de abortos inducidos, y desde el 2004 hasta el 2014 se produjeron 432,14 abortos que fueron clasificados como abortos espontáneos (9%), aborto médico justificado (7%) y otros (85%), perteneciendo a este último grupo las 165 de 189 muertes relacionadas con el aborto. La provincia de Guayas tuvo 696,038 abortos en los últimos 11 años, Pichincha 487,344, Manabí 266.348, Los Ríos 154.487 y Azuay se encuentra en la quinta ubicación con 130.358 casos, por lo que se podría especular que los sistemas culturales, educativos y tipo de servicio en salud podrían estar relacionados con el mayor número de abortos en las provincias más pobladas (5).

El embarazo involuntario es la principal causa de aborto inducido, por lo que como parte de la solución a la problemática se han planteado programas y políticas que permitan identificar el grupo de mujeres más vulnerables, así como aumentar el acceso y uso de anticonceptivos eficaces, además de la implementación de programas de sensibilización y defensa continua del embarazo planificado y deseado, esto para prevenir abortos inseguros y sus posibles complicaciones (19) (20).

Las actitudes y los conocimientos hacia el aborto inducido en la sociedad puede influir no solo a la toma de decisiones individuales sobre el término del embarazo sino también al cambio de la política en el sector de la salud o los cambios futuros en las leyes aplicables en torno al tema (20).

Por los argumentos expuestos, y porque es claro que no solo en el Ecuador sino en muchos países hablar sobre aborto inducido implica introducirse en un ámbito supremamente delicado que aunque es una problemática actual su abordaje es tergiversado y controversial con multiplicidad de discursos, por ello es prioritario abordar el tema y estimular actuaciones para proteger la salud y la vida de las mujeres fortaleciendo los servicios de anticoncepción, mejorando los servicios de atención del postaborto además de provisión de abortos legales y seguros, con la asesoría profesional que ello implica.



III. JUSTIFICACIÓN

Las estadísticas sobre la práctica del aborto a nivel global, América Latina y el Ecuador, muestran que el número de abortos y sus posibles complicaciones están en incremento, se reconoce el aborto inducido como un problema de salud pública por su magnitud, gravedad de sus consecuencias, complicaciones y repercusión biológica, psicológica, social y económica.

La presente investigación se aplicó en usuarios (as) que acudieron a consulta externa del Centro de Salud N°1 Pumapungo, mayores de edad con diferentes estrato social, académico y creencias religiosas, debido a que se consideró una población autónoma en la toma de decisiones, por ello se investigó el nivel de conocimientos y actitudes en torno al tema de investigación.

Debido los escasos conocimientos que se tiene sobre este tema y su relevancia se planteó la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el nivel de conocimientos y actitudes que tienen los usuarios del Centro de salud N° 1 Pumapungo sobre el aborto inducido?



IV. MARCO TEÓRICO

4.1. ANTECEDENTES:

A la finalización de un embarazo mediante la aniquilación del embrión o feto antes de que pueda tener una vida extrauterina se le considera aborto inducido y/o provocado (21) (22). Sin embargo, al recorrer a través de la historia, queda claro que nuestra sociedad ha evolucionado en todos los aspectos, y por ende los conocimientos y las actitudes en torno al tema también, hace unas décadas poco o nada se hablaba de la praxis e implicaciones del aborto provocado, no obstante, hoy en día su abordaje ha tomado protagonismo, adoptando un cierto tinte de “linchamiento mediático abortista”, el cual es palpable en todos los estratos sociales, religiones, culturas, etc. De cualquier forma, el aborto, en toda la extensión de la palabra, es un tema álgido que conlleva a dilemas de salud, éticos, morales, sociales, religiosos, entre otros y por ello su difícil y necesario de su debate.

Al respecto del tema desarrollado en la presente investigación Stanley et al., en su estudio durante el periodo 2010–2014 sobre “La Incidencia del Aborto Inducido a Nivel Mundial”, evaluaron tasas de abortos inducidos en base a 4 fuentes en 57 países, estimándose que cada año hubo 36 abortos por 1000 mujeres de entre edades de 15-44 años en países en desarrollo, concluyendo que la mayoría de naciones participantes tuvieron tasas de aborto moderadas a elevadas, también se encontró que las restricciones legales fuertes no aseguran una tasa baja del mismo (23).

Mamani y Farceque, Perú, año 2015 en su investigación sobre “Conocimientos y actitudes sobre el aborto inducido en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Gran Unidad Escolar Las Mercedes, Juliaca 2015”, concluyeron que 128 participantes, mostraron un nivel de conocimiento medio representado por el 53.9%, además la mayoría de los estudiantes presentaron una actitud de aceptación del aborto inducido en un 43.0%. El estudio concluyó que mientras más alto el conocimiento mayor actitud de rechazo y mientras más bajo es el nivel de conocimientos mayor actitud de aceptación hacia el aborto inducido (24).

Alvargonzález, en España, durante el periodo 2014-2015 en su estudio respecto a: "Conocimientos y actitudes sobre el aborto entre estudiantes de pregrado", que contó con la participación 1.025 personas de la Universidad de Oviedo, concluyó que los estudiantes de medicina, psicología y enfermería presentaron una actitud de rechazo con un 55,93%, 54,19% y 53,62%, respectivamente, mientras que los de las facultades de historia, filología y física mostraron una actitud de aceptación con 48,44%, 48,49% y 50.12%. Así mismo, los estudiantes de derecho, medicina y enfermería mostraron tener más conocimientos acerca del aborto en relación a las otras carreras (25).

Coronel, Perú, en el año 2013, un su estudio cuantitativo, transversal, relacional en el que valoró "Conocimientos y actitudes sobre el aborto, en mujeres en edad fértil. Hospital Nacional Docente Madre – Niño, San Bartolomé", con la participación de 113 mujeres, concluyó que presentan un alto porcentaje de conocimientos regulares con 49,6% y un 45% de actitudes de indiferencia. Se observó que aquellas personas que mostraron conocimientos deficientes tuvieron una actitud de aceptación al aborto con el 46,4%; por otro lado quienes reportaron un conocimiento regular presentaron el 41,1% de actitud de indiferencia, y las de conocimientos altos tuvieron también una tendencia a la indiferencia con el 58,6%) (26).

Mosley et al., en el continente africano, en el año 2013 analizaron 500 áreas de enumeración censal estratificadas por provincia, urbanidad y grupo de población, hallándose una actitud de rechazo ante el aborto en un 52,5% (27).

Freitas y Panduro, en Perú, año 2013, en un estudio de tipo transversal descriptivo correlacional en el que valoró "Conocimiento y actitudes hacia el aborto en usuarios del módulo de atención integral del adolescente Hospital Regional de Loreto Punchana", con una muestra de 222 adolescentes varones y mujeres de entre 12 y 17 años, observaron que 86.5% obtuvieron conocimiento deficiente y 13.5% conocimiento eficiente. Con respecto a la actitud 74.0% presentaron actitud positiva, mientras que en el 26.0% esta fue negativa en relación al aborto (28).

Kpolovie, en Nigeria, en el año 2017, en su investigación de tipo transversal sobre “Actitud de las estudiantes hacia el aborto”, observó en una muestra aleatoria de 1.300 estudiantes mujeres, que 1186 de ellas (91.2%) presentaron una actitud de aceptación, afirmando que el aborto debería ser legalizado en Nigeria (29).

4.2. BASES TEÓRICAS

4.2.1. Aborto: la palabra aborto se deriva del latín aboriri, siendo definido como la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos (30) (31) (32) (33) (34) (35).

Los términos usados para describir las pérdidas de embarazo son:

- Aborto espontaneo: es un fenómeno que ocurre sin usar maniobras ni noxas sobre el producto de la concepción, dado que el proceso reproductivo no es perfecto se ha demostrado que el 70% a 80% de las fertilizaciones termina en aborto, de las cuales solo el 15% a 18% se ha podido evidenciar clínicamente (1).
- Aborto recurrente: mujeres con abortos espontáneos repetitivos.
- Aborto inducido: es la terminación quirúrgica o médico de un feto vivo que no alcanzado la viabilidad (36).

4.2.1.1. Marco legislativo del aborto en Ecuador: el Código Penal del Ecuador desde 1837 hasta la actualidad considera al aborto como un delito que lleva vinculado a fuertes penas. El mismo, establece en su Art. 41 que “son personas todos los individuos de la especie humana, cualquiera que sea su edad, sexo, condición o nacionalidad”. Acorde a la definición, es innegable que el feto no es una persona, aunque tiene la posibilidad de ser tal y podría serlo si no se interrumpe el desarrollo que se produce en el vientre materno. De tal forma que el aborto afecta el ser que podría ser persona, pero se omite que lo sea al momento de interrumpir el embarazo o destruir al feto por cualquier causa. Las razones para que un aborto sea considerado como terapéutico dentro de la legislación ecuatoriana, las mismas que se encuentran en el Código Orgánico Integral Penal (COIP) las cuales establecen (37):

Art. 447. El aborto practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer o de su marido o familiares íntimos, cuando ella no estuviere en posibilidad de prestarlo, no será punible en los siguientes casos (38) (37).

- Si se ha hecho para evitar un peligro para la vida o salud de la madre, y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; y,
- Si el embarazo proviene de una violación o estupro cometido en una mujer idiota o demente. En este caso, para el aborto se requerirá el consentimiento del representante legal de la mujer.

Art. 444. La mujer que voluntariamente hubiere consentido en que se le haga abortar, o causare por sí misma el aborto, será reprimida con prisión de uno a cinco años. Si consintiere en que se le haga abortar o causare por sí misma el aborto, para ocultar su deshonor, será reprimida con seis meses a dos años de prisión (37).

4.2.1.2. **Clasificación clínica del aborto espontáneo**

- Amenaza de aborto: contracciones uterinas durante el embarazo, en el mismo puede o no haber sangrado transvaginal y cuello uterino cerrado (30).
- Aborto en curso o inevitable: dolor, contracciones y hemorragias que incrementan progresivamente, el mismo se acompaña de modificaciones cervicales o ruptura de membranas (30).
- Aborto incompleto: eliminación no total de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello el mismo que se acompaña de modificaciones y sangrado variable (30).
- Aborto completo: eliminación total del feto y restos ovulares con culminación posterior de la hemorragia y dolor (30).
- Aborto diferido: retención uterina de un embrión o feto muerto o la paralización del avance normal del embarazo, puede estar o no acompañado de sangrado (30).

- Aborto séptico: infección con fiebre antes, durante o después del aborto espontáneo o provocado acompañada de dolor uterino, mal olor o pus, el mismo debido a causa obstétrica (30).
- Aborto terapéutico: hace referencia a la finalización médica o quirúrgica de un embarazo para prevenir daños graves o permanentes en la mujer. Los mismos que se realizan al haber una enfermedad grave, violencia o incesto, o enfermedad fetal tales como deformidad anatómica, metabólica o mental y para proteger la salud física o mental de la madre, cuando estas están amenazadas por el embarazo o por el parto (30).
- Aborto electivo o voluntario: es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal a petición de la mujer, mas no por razones médicas (1).
- Aborto recurrente o pérdida repetida de la gestación: es la pérdida involuntaria de un producto en dos o más ocasiones secuencialmente o alterna (30).
- Aborto inseguro: definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquel procedimiento realizado para culminar un embarazo no deseado realizado por personal carente de conocimiento necesario y/o realizado en malas condiciones de seguridad médica (30).

4.2.1.3. Etiología del aborto espontáneo

En las primeras 12 semanas de gestación se producen más de 80% de abortos espontáneos, en este tipo de abortos casi siempre el embrión o feto muere antes de su expulsión voluntaria. En la literatura se han descrito diversas etiologías por la que el producto de la gestación se elimina de manera espontánea, estas causas se han dividido en aquellas que son más comunes durante el primer trimestre de la gestación y las que se consideran más relevantes en el segundo trimestre, a continuación (tabla 1 y 2) se pueden evidenciar algunas de ellas (1) (36).

Tabla 1

Causas de aborto en el primer trimestre	
Embrionarias y/o fetales	Maternas
Normal (euploide) <ul style="list-style-type: none"> ▪ 46,XY y 46, XX 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infecciones ▪ Enfermedades ▪ Fármacos ▪ Cáncer ▪ Diabetes mellitus ▪ Enfermedades tiroideas ▪ Cirugías ▪ Alimentación
Anormal (aneuploide) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trisomía autosómica ▪ Monosomía X(45X) ▪ Triploidia ▪ Tetraploidía ▪ Anomalía estructural ▪ Trisomía doble o triple 	
Anembrionario (Huevo muerto retenido)	
Ocupacionales y ambientales	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arsénico ▪ Plomo ▪ Formaldehído ▪ Benceno ▪ Óxido de etileno ▪ Dicloro difenil tricloroetano(DDT) ▪ Radiografías ▪ Óxido nitroso ▪ Antineoplásicos ▪ Quimioterapéuticos ▪ Citotóxicos 	

Es claro además que el aborto espontáneo desciende de manera gradual conforme avanza el curso de la gestación, es así que una vez entrado el segundo trimestre la interrupción de la gestación de manera espontánea, afortunadamente es baja, por ello se ha estimado que su frecuencia oscila entre un 1.5% a 3%, cifra que se reduce después de 16 semanas describiéndose que apenas el 1% de mujeres podrían tener este desenlace posterior a este periodo de tiempo de haber iniciado su embarazo. Varias son las causas por las que se ha atribuido la presencia de aborto durante el segundo trimestre, las cuales se resumen en la siguiente tabla (36):

Tabla 2

Causas de aborto en el segundo trimestre
Anomalías fetales
▪ Cromosómicas
▪ Estructurales
Defectos uterinos
▪ Congénitos
▪ Leiomiomas
▪ Insuficiencia cervical
Causas placentarias
▪ Desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa
▪ Transformación defectuosa de la arteria espiral
▪ Corioamnionitis
Enfermedades maternas
▪ Autoinmunitario
▪ Infecciones
▪ Metabólicas

4.2.1.4. Diagnóstico de aborto espontáneo

4.2.1.4.1. Clínico: el diagnóstico inicial es de tipo clínico considerando la anamnesis y el examen físico, donde se evidencia sangrado transvaginal cambios cervicales y dolor (30).

4.2.1.4.2. Laboratorio: la determinación seriada de B-gonadotropina Coriónica Humana(B-hCG), la cual puede alcanzar niveles de 10 a 25 mUI/ml en los siguientes 9 días posteriores a la fecundación, si no hay un aumento de mínimo el 66% en 48 horas el pronóstico del embarazo es desfavorable, además se debería solicitar un hemograma completo (30)

4.2.1.4.3. Técnicas de imagen: la ecografía es el método de elección para confirmar la pérdida de contenido intrauterino, ya que se evidencia la ausencia de latido cardíaco fetal o la ausencia de crecimiento (30).

4.2.1.5. Manejo y tratamiento del aborto espontáneo

En la práctica clínica, cuando se presenta en el aborto en cualquiera de sus etapas se deberían instaurar medidas paliativas para disminuir la sintomatología o el sangrado entre ellas tenemos:

- 4.2.1.5.1. Medidas generales: soporte y valoración, analgesia, madres con Rh negativo deben recibir inmunoglobulina anti D después del aborto, considerándose la prescripción de un método anticonceptivo.
- 4.2.1.5.2. Medidas específicas: se ha dividido en tres grupos: conducta expectante, tratamiento médico y quirúrgico (36).
- Conducta expectante: su éxito depende del tipo de aborto retenido. En el aborto incompleto espontáneo, esta conducta culmina en aborto completo espontáneo en el 50% de los casos (36).
 - Tratamiento farmacológico: se recomienda realizar tratamiento farmacológico en mujeres con menos de 10 semanas de gestación, en casos de aborto incompleto o diferido, se prescribe misoprostol 600 ug por vía oral o 400 ug por vía sublingual (36).
 - Tratamiento quirúrgico: los métodos quirúrgicos que se utilizan como tratamiento para el aborto son (36):

Tabla 3

Técnicas para el aborto del primer trimestre	
Técnicas quirúrgicas	Procedimientos médicos
<ul style="list-style-type: none"> • Dilatación y curetaje • Aspiración al vacío • Aspiración menstrual 	<ul style="list-style-type: none"> • Prostaglandinas E₂, E_{2a}, E₁, y análogos • Inserción vaginal • Inyección parenteral • Ingestión oral • Sublingual • Antiprogesterona (mifepristona) y epostane • Metotrexato – intramuscular u oral. • Combinación de los anteriores.
Técnicas para el aborto del Segundo trimestre	
Técnicas quirúrgicas	Procedimientos médicos
<ul style="list-style-type: none"> • Dilatación y curetaje • Dilatación y evacuación • Dilatación y extracción • Laparotomía • Historotomía • Histerectomía 	<ul style="list-style-type: none"> • Oxiticina intravenosa • Líquidos hiperosmóticos intraamnióticos • Solución salina al 20% • Úrea al 30% • Prostaglandinas E₂, E_{2a}, E • Inyección intraamniótica • Inyección extraovular • Inserción vaginal • Inyección parenteral • Ingestión oral

Tabla 4

	Aspiración Manual Endouterina (AMEU)	Legrado Uterino Instrumental (LUI)
Definición	Método por el cual a través del cérvix, el contenido uterino es evacuado por aspiración al vacío a través de una cánula que se introduce en el útero	Procedimiento por el cual a través del cérvix y del uso de una cánula de metal se evacúan el contenido del útero bajo anestesia general.
Uso	<12 semanas	>12 semanas
Complicación	Baja	Alta
Costo	Menor	Alto
instrumental	Cánula de plástico	Cureta metálica

4.2.2. Aborto inducido

La Organización Mundial de la Salud (OMS) expresa que este término hace referencia a: “el resultado de maniobras realizadas con el fin de interrumpir un embarazo, realizadas por la embarazada o por encargo a otra persona con diferentes maniobras como: las domésticas, químicas, quirúrgicas, es conocido como intencionado, artificial o voluntario” (39).

4.2.2.1. Clasificación del aborto inducido

- Aborto provocado: es un aborto ilegal o criminal en el cual se interrumpe el embarazo por razones estrictamente de la madre (1).
- Aborto inducido legal: en el cual existe las mismas motivaciones personales anteriores, pero está permitido por la ley (1).

En ciertas circunstancias ha sido necesaria modificar esta clasificación agregando otros conceptos importantes como son:

- Aborto libre: la mujer tiene derecho a interrumpir el embarazo cuando este no es deseado (1).
- Aborto eugenésico: cuando hay una alta probabilidad o certeza de malformaciones o no va a sobrevivir una vez nazca (1).
- Aborto terapéutico: es la interrupción del embarazo con el fin de preservar la salud o la vida de la madre, en casos de enfermedad médica o quirúrgica como descompensación cardíaca persistente con hipertensión pulmonar, vasculopatía hipertensiva, diabetes avanzadas y cáncer (1).

- Aborto por motivaciones mixtas: se realiza cuando existe la necesidad de eliminar embriones en embarazos múltiples producidos por fertilización in vitro o por métodos inductores de ovulación (1).

4.2.2.2. Perfil de la mujer que se practica un aborto inducido

- Edad: generalmente las mujeres que recién inician su vida sexual no se practican una maniobra abortiva, por ello se ha visto que aquellas que si lo han hecho son las pacientes cuyas edades oscilan entre los 18 y 29 años (1).
- Paridad: las nulíparas se practican aborto con mayor frecuencia que las multíparas (1).
- Estado civil: el 60% de los abortos provocados corresponde a las solteras (1).
- Nivel de instrucción materna: el 64% de usuarias que se realizan abortos provocados tiene un nivel de instrucción de secundaria incompleta (1).
- Motivación: son diferentes motivos que estimulan a dicha conducta, entre los más comúnmente expuestos son: los económicos e hijos no deseados en la mayoría de los casos (1).
- Actividad: en forma general el 68% de las madres trabaja y de este grupo el 50% son amas de casa (1).
- Violencia intrafamiliar y el abuso sexual: de manera repetitiva este factor se ha relacionado con el aborto inducido (1).

4.2.2.3. Técnicas para el aborto (son las mismas que un aborto espontáneo (tabla 3).

4.2.2.4. Complicaciones:

- Hemorragias: es la más frecuente cuando se introducen objetos punzantes, sondas, dilatadores o pinza a través del cuello uterino los cuales lo pueden lesionar o por retención de restos ovulares (1).
- Perforación uterina: a mayor edad gestacional mayor es el riesgo de su presentación, en embarazos tempranos se puede provocar perforaciones sino se determina adecuadamente la posición del útero. Cuando la perforación es en la cara anterior o posterior, se produce una contaminación de la cavidad peritoneal y peritonitis secundaria con hemoperitoneo, y si

esta es lateral hacia los ligamentos anchos se producen grandes hematomas que luego se infectan (1).

- Infección: es la complicación más frecuente post aborto y esta puede llevar a la pérdida del útero o la muerte materna. Se presentan de las siguientes formas (1):

Tabla 5

Infección de la cavidad uterina y su contenido
Compromiso miometrial y anexial (endometritis y parametritis)
Pelviperitonitis
Peritonitis
Tromboflebitis séptica pelviana
Absceso tubo ovárico
Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica inespecífica

Muerte materna: se produce como consecuencia de cualquiera de las complicaciones antes mencionadas, la mortalidad materna por aborto está relacionada directamente con la edad gestacional, sobre las trece semanas se duplica gradualmente cada 3 a 4 semanas, llegando al 78% cuando se realiza después de las 21 semanas (1).

4.2.3. Conocimiento

4.2.3.1. Concepto: es toda aquella información definida correctamente sobre la que se basa una persona para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas y de esta manera tomar decisiones. Se dice que el individuo tiene una orientación hacia el conocimiento de una realidad que se desdobra en varias dimensiones: sociales, naturales, físicas; y que, a su vez, se encuentra enmarcada en el tiempo, de forma que nos proporciona el sentido común, es decir, aquel conjunto de saberes que surgen de la vida cotidiana a partir del contacto y la experimentación con la realidad circundante (40).

4.2.3.2. Clasificación del Conocimiento:

- Conocimiento vulgar: conocido también como conocimiento ingenuo, ya que el hombre lo consigue del medio donde se desenvuelve y es el que se difunde de generación en generación (40) (41).
- Conocimiento Científico: llamado también crítico, se obtiene por procedimientos con pretensión de validez, utilizando la reflexión,

razonamiento lógico y responde a una búsqueda intencional por lo que se delimita a los objetos y se previene los métodos de indagación (40) (41).

4.2.3.3. Formas de acceso al conocimiento

- Intuición: No se basa en la constatación empírica, tampoco sigue un camino racional para su construcción y formulación. Por lo tanto no se explica ni se verbaliza.
- Experiencia: son conocimientos que se obtienen en la vida o en un período de la misma, en último término, es la manifestación directa o indirecta (a través de aparatos) de la percepción de los sentidos.
- Tradición: es la herencia de una cultura anterior la misma herencia es transferida a una nueva.
- Autoridad: se establece la veracidad de un conocimiento cogiendo como referencia la fuente del mismo.
- Ciencia: es el montón de conocimientos racionales, ciertos o probables, los mismos que se obtienen de una forma metódica, verificados y contrastados con la realidad, que se describe a objetos o definición de una misma naturaleza que son valorados y aceptados por la comunidad científica.

4.2.4. Actitud

4.2.4.1. Concepto

Hace referencia al conjunto de motivaciones sociales que influyen a la realización de ciertas acciones, y a la interacción con otros individuos o a hechos sociales ya sea favorable o desfavorablemente (42). El Psicólogo Gordon Allport consideraba que es un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo dinámico en la respuesta de un ser humano a toda clase de situaciones y objetos, este concepto plantea varias particularidades (42):

- Conlleva una relación entre aspectos cognitivos, afectivos y connotativos.
- Tiene papel motivacional de impulsión e inclinación a la acción
- Es aprendida y duradera

- Tiene un elemento de valoración o afectividad simple de agrado-desagrado.

4.2.4.2. Tipos de actitud

- Actitud positiva: Este tipo de actitud se caracteriza por ser optimista en todo el tiempo, aunque el individuo se encuentre en dificultades o problemas (43).
- Actitud negativa: Este tipo de actitud se caracteriza por ser pesimista, aunque el individuo se encuentre en momentos agradables (43).
- Actitud manipuladora: Este tipo de actitud se caracteriza porque el individuo trata de conseguir un objetivo convenciendo a otras personas, buscando siempre el beneficio propio (43).
- Actitud interesada: Este tipo de actitud se caracteriza porque un individuo trata de conseguir un objetivo sin convencer a otra persona (43).
- Actitud proactiva: Este tipo de actitud se caracteriza porque el individuo trata de conseguir todos sus objetivos planteados (43).
- Actitud de aceptación: Es una actitud positiva a algún individuo o cosa debido a que no han experimentado alguna secuela física, psicológica, familiar y/o social (43).
- Actitud de rechazo: Este tipo de actitud se caracteriza por acciones negativas del individuo hacia alguna situación en la que se encuentre (43).
- Actitud de indiferencia: Este tipo de actitud se caracteriza por una acción neutral hacia alguna situación en la que se encuentre (43).

4.2.4.3. La Medición de las Actitudes

4.2.4.3.1. Tipos de Medidas: existen diversas técnicas para medir las actitudes los auto-informes, la observación de conductas, las reacciones ante estímulos estructurados, el rendimiento objetivo del sujeto y las respuestas fisiológicas. Los que más se destacan son los auto informes con varias escalas (43):

- La escala de Thurstone. Ésta formada por unas 20 afirmaciones que intentan representar la dimensión actitudinal a intervalos iguales.



- La escala de Guttman. Es de uso y utilidad limitada. La misma busca obtener una escala con un orden explícito.
- La escala de Likert. La escala de Likert se diferencia de la escala de Thurstone porque no presupone que haya un intervalo igual entre los niveles de respuesta.

4.2.5. Escala Graffar Modificado Por Mendez Castellano

Es un método utilizado para clasificar la sociedad según sus problemas y necesidades socio demográficas, fue creado por el profesor Marcel Graffar, Belgica 1971, modificado por el Dr. Hernán Méndez Castellano, Venezuela 1978 (45) (46).

Consta de cuatro variables a evaluar (45) (46) (anexo 1, sección II)

- Profesión del jefe de familia
- Nivel de instrucción de la madre
- Fuente principal de ingreso de la familia
- Condiciones de la vivienda

Cada variable está conformada a su vez por 5 ítems de posibles respuestas, los cuales le corresponde una ponderación decreciente del 1 al 5. La suma de la ponderación obtenida en las cuatro variables evaluadas determinó el estrato al cual pertenece el usuario (45) (46).

Estrato social y puntuación (45) (46)

- **Estrato I:** hogares con mejores condiciones sociales o clase alta. (4-6 puntos)
- **Estrato II:** buenas condiciones de vida, pero sin lujo o clase media. (7-9 puntos)
- **Estrato III:** con una pérdida de la calidad de vida o clase media baja. (10-12 puntos)
- **Estrato IV:** estado de pobreza relativa con baja calidad de vida o clase obrera. (13-16 puntos)

4.2.6. Escalas de valoración de conocimientos y actitudes sobre aborto inducido

Escala para valorar el nivel de conocimientos y actitudes sobre aborto inducido el mismo fue elaborada por Palomino 2009, el instrumento fue valorado por expertos con experiencia en el tema de investigación obteniendo una confiabilidad de 0.74. La escala de conocimientos y actitudes aborto inducido consta de dos componentes (44).

Primer componente (Anexo 1, sección III), es de conocimientos sobre el tema el mismo que consta de 14 preguntas que a su vez tiene varias secciones tales como conocimiento general, causas y consecuencias, son preguntas de selección múltiple, las cuales se valoran con 1 punto cuando la respuesta es correcta. El resultado se evalúa mediante 3 categorías tales como conocimiento bajo, medio y alto (44).

Respuestas sobre conocimiento de aborto inducido (44):

Pregunta	Respuesta
1	C
2	C
3	D
4	A
5	B
6	C
7	A
8	C
9	B
10	C
11	A o B
12	A
13	C
14	B

Nivel de conocimiento sobre aborto inducido	
Puntaje Total	Interpretación
9-14	Alto
4-8	Medio
0-3	Bajo

El segundo componente es sobre las actitudes (Anexo 1, sección IV), esta escala es de tipo Escala de Likert modificada -actitudes hacia el aborto inducido la misma que consta de 18 preguntas sobre actitudes que tomarían los participantes, el mismo se evalúa de la siguiente forma, los ítems positivos obtienen de 5 puntos totalmente de acuerdo descinden paulativamente a 1 totalmente en desacuerdo, y

los ítems negativos se valoran de 1 punto totalmente en de acuerdo y suben gradualmente a 5 puntos totalmente en desacuerdo (44).

Interpretación:

- Totalmente de acuerdo (TA)
- Acuerdo (A)
- Indiferente (I)
- Desacuerdo (DA)
- Totalmente desacuerdo (TDA)

Interpretación de respuestas positivas

Pregunta	TA	A	I	D	TD
1, 3,4,7,10,11,14,15,17	5	4	3	2	1

Interpretación de respuestas negativas

Pregunta	TA	A	I	D	TD
2,5,6,8,9,12,13,16,18	1	2	3	4	5

Actitud sobre aborto inducido	
Puntaje Total	Interpretación
18-55	Aceptación
56-69	Indiferencia
70-90	Rechazo



V. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

- 5.1.1.** Determinar el nivel de conocimientos y actitudes sobre aborto inducido en usuarios del Centro de Salud N°1 Pumapungo durante el mes de agosto del 2018.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 5.2.1.** Caracterizar a la población de estudio según datos sociodemográficos.
- 5.2.2.** Determinar el nivel de conocimientos sobre aborto inducido en la población de estudio.
- 5.2.3.** Identificar las actitudes de los participantes con respecto al aborto inducido.



VI. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. Diseño general del estudio

- 6.1.1.** Tipo de estudio: estudio observacional, transversal, que permitió conocer el nivel de conocimientos y las actitudes sobre el aborto inducido.
- 6.1.2.** Área de estudio: la presente investigación se ejecutó en el área de consulta externa del Centro de Salud N° 1 Pumapungo, localizado en el cantón Cuenca de la Provincia del Azuay, en la Zona 6 de Salud, Ecuador.
- 6.1.3.** Universo de estudio: el universo estuvo conformado por la población de estudio de aproximadamente 2500 personas que acudieron en el mismo periodo de estudio en el año 2017 al Área de Consulta Externa del Centro de Salud 1 Pumapungo.
- 6.1.4.** Selección y tamaño de la muestra: se calculó una muestra mínima de 333 usuarios la cual se determinó utilizando la fórmula con la corrección de población conocida, con base en la prevalencia de actitudes sobre aborto inducido de 49.6% aplicado en otra investigación (26), con un nivel de confianza del 95%, 5 % de error, tomando en cuenta un porcentaje de deserción del 200%, la muestra final quedó constituida por 400 participantes.

6.2. Criterios de inclusión y exclusión

6.2.1. Criterios de inclusión

- Pacientes hombres y mujeres mayores de 18 años que acudieron al área de consulta externa del Centro de Salud N°1 Pumapungo durante el periodo de estudio.
- Firma del consentimiento informado (anexo 3)

6.2.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con discapacidad intelectual
- Mujeres en estado de gestación

6.3. Variables: edad, sexo, estado civil, etnia, ocupación, residencia, instrucción, religión, nivel socioeconómico, actitudes y nivel de conocimientos.

6.3.1. Operacionalización de variables (anexo 2)

6.4. Métodos e instrumentos para recolección de información

6.4.1. Método: observacional

**6.4.2. Técnica: encuesta**

6.4.3. Instrumento: se elaboró un instrumento de recolección de datos con las variables de estudio, para determinar los conocimientos sobre aborto inducido se aplicó un cuestionario que fue validado por juicio de expertos en otra investigación además dicho cuestionario fue sometido a la prueba del coeficiente Kuder Richarson determinándose un 0.74 de confiabilidad, la interpretación se hizo de acuerdo al puntaje del nivel de conocimientos de la siguiente manera: alto de 9 a 14, medio de 4 a 8 y bajo de 0 a 3. A su vez para la indagación de la actitudes sobre aborto provocado se utilizó un test con escala tipo Likert aplicada en el mismo estudio, al cual se le estableció un rango de confiabilidad de 0,62 por medio del coeficiente alfa de Crombach, los puntajes recogidos entre 70 a 90 fueron considerados como actitud de rechazo, los de 56 a 69 como indiferencia y los que se sitúen entre 18 a 55 como aceptación (44).

Para el nivel socioeconómico se aplicó la Escala de Graffar-Mendez Castellanos, la cual se basa en 4 variables que son: la profesión del jefe de la familia, la instrucción de la madre, la principal fuente de ingresos de la familia y las condiciones de alojamiento. Su interpretación se realizó por medio de un puntaje de 4 a 20, mientras mayor fue dicha puntuación se consideró menor el estrato económico (47). Se realizó una prueba piloto del cuestionario en 20 usuarios del Centro de Salud Nicanor Merchán, posterior a dicho pilotaje se realizaron los cambios necesarios para aplicar el formulario final a la población de estudio, el mismo que fue llenado por los investigadores mediante entrevista a los participantes del estudio previa la firma del consentimiento informado.

6.4.4. Autorización: se solicitó autorización para la ejecución de la investigación a los directores del Centro de Salud N°1 Pumapungo y del Nicanor Merchán.

6.4.5. Supervisión: El presente estudio fue supervisado por la Dra. Jeanneth Tapia Cárdenas

6.4.6. Plan de tabulación y análisis de resultados: los datos fueron analizados y presentados en tablas personalizadas. De acuerdo al tipo de variable con el



propósito de resumir la información se trabajó con media aritmética (\bar{x}) y la desviación estándar (DS), para cuantitativas, y, para cualitativas se aplicó frecuencias (N^0) y porcentajes (%).

6.4.7. Programas a utilizar: en el manejo, la presentación y el análisis de datos se utilizarán los programas IBM SPSS 15 y Epi Info 07 y Epidat 4.1.

6.5. Aspectos éticos

- Se contó con la autorización respectiva con la Comisión de Bioética de la Universidad de Cuenca y de los directores del Centro de Salud N° 1 Pumapungo y Nicanor Merchán.
- Para garantizar la confidencialidad de los pacientes se asignó un código de tres dígitos que inició con el 001.
- Se solicitó la firma del consentimiento informado (anexo 3) por parte de los participantes del estudio previo al llenado del formulario de recolección de datos.
- Únicamente los investigadores del estudio tuvieron acceso a la información recolectada en el presente estudio.
- A quien interese, puede corroborar los datos obtenidos de la presente investigación previa a la solicitud de la documentación y material informático respectivo, los mismos que están bajo resguardo de los autores.
- Los autores declaran que no existen conflictos de interés con los participantes de la investigación.

VII. RESULTADOS

7.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Tabla 6

Caracterización sociodemográfica de 400 pacientes del Área de Consulta Externa del Centro de Salud N°1 Pumapungo. Cuenca agosto del 2018.

VARIABLES		Frecuencia	Porcentaje
EDAD *	18 a 22 años	100	25
	23 a 27 años	94	23.5
	28 a 32 años	57	14.3
	33 a 37 años	46	11.5
	38 años o más	103	25.8
	Total	400	100
SEXO	Hombre	119	29.8
	Mujer	281	70.3
	Total	400	100
INSTRUCCIÓN	Primaria completa	42	10.5
	Primaria incompleta	14	3.5
	Secundaria completa	160	40
	Secundaria incompleta	60	15
	Superior	122	30.5
	Ninguna	2	0.5
	Total	400	100
ESTADO CIVIL	Soltero/a	160	40
	Casado/a	129	32.3
	Unión libre	72	18
	Viudo/a	8	2
	Divorciado/a	31	7.8
	Total	400	100
ETNIA	Mestizo/a	363	90.8
	Afroecuatoriano/a	3	0.8
	Blanco/a	20	5.0
	Indígena	7	1.8
	Negro/a	3	0.8
	Mulato/a	4	1
	Total	400	100
RESIDENCIA	Urbana	301	75.3
	Rural	99	24.8
	Total	400	100
RELIGIÓN	Católica	270	67.5
	Evangélica	20	5
	Testigo de Jehová	9	2.3
	Cristiana	57	14.3

	Otras	2	0.5
	Ninguna	42	10.5
	Total	400	100
OCUPACIÓN	Empleado/a pública	76	19
	Empleado/a privada	119	29.8
	Agricultor/a	6	1.5
	Trabajo hogar	109	27.3
	Estudiante	90	22.5
	Total	400	100
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Alto nivel	2	0.5
	Medio-alto	85	21.3
	Medio-bajo	184	46
	Bajo	124	31
	Marginal	5	1.3
	Total	400	100

*media: 31.7 años (DS± 11.9).

Fuente: formulario de recolección de datos

Realizado por: Jorge Guaman, Nancy Marcatoma

Participaron 400 personas y en cuanto a variables sociodemográficas se pudo observar que: el 25.8 % (103) de usuarios sobrepasaron los 38 años, seguido de un rango de edad entre 23 y 27 años con un 23.5% (94), la media de la edad fue 31.7 con una desviación estándar de 11.9. Respecto al sexo el 70.3% (281) de encuestados correspondió a mujeres. Un 40% (160) tuvo instrucción secundaria completa al igual que el estado civil soltero, el 90.8% (363) se identificó como mestizo, así como el 75.3% (301) refirieron residir en áreas urbanas, el 67.5% (270) de personas que se identificaron con la religión católica, en cuanto a la ocupación el 29.8% (119) fueron empleados privados y el 27.3% (109) se dedicaba a quehaceres domésticos. Finalmente, en correspondencia al nivel socioeconómico, el 46% (184) de los participantes correspondió a un estrato medio-bajo seguido del nivel bajo con un 31% (124) (tabla 6).

7.2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Tabla 7

Nivel de conocimientos sobre aborto inducido de 400 pacientes del Área de Consulta Externa del Centro de Salud N°1 Pumapungo. Cuenca agosto del 2018.

		Frecuencia	Porcentaje
NIVEL DE CONOCIMIENTOS	Alto	103	25.8
	Medio	272	68
	Bajo	25	6.3
	Total	400	100

Fuente: formulario de recolección de datos
Realizado por: Jorge Guaman, Nancy Marcatoma

La tabla 7 muestra el nivel de conocimientos de los usuarios sobre el aborto inducido, presentando un nivel medio con el 68% (272), seguido de alto 25.8% (103) y bajo 6.3% (25).

Tabla 8

Nivel de conocimientos sobre aborto inducido de 400 pacientes del Área de Consulta Externa del Centro de Salud N°1 Pumapungo según variables sociodemográficas. Cuenca agosto del 2018.

VARIABLES		CONOCIMIENTOS							
		Alto		Medio		Bajo		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
EDAD	18 a 22 años	22	5.5	76	19	2	0.5	100	25.0
	23 a 27 años	32	8	54	13.5	8	2.0	94	23.5
	28 a 32 años	12	3	41	10.3	4	1.0	57	14.3
	33 a 37 años	16	4	24	6	6	1.5	46	11.5
	38 años o más	21	5.3	77	19.3	5	1.3	103	25.8
	Total	103	25.8	272	68	25	6.3	400	100
SEXO	Hombre	30	7.5	79	19.8	10	2.5	119	29.8
	Mujer	73	18.3	193	48.3	15	3.8	281	70.3
	Total	103	25.8	272	68	25	6.3	400	100
INSTRUCCIÓN	Primaria completa	7	1.8	31	7.8	4	1	42	10.5
	Primaria incompleta	1	0.3	12	3	1	0.3	14	3.5
	Secundaria completa	40	10.0	109	27.3	11	2.8	160	40
	Secundaria incompleta	5	1.3	49	12.3	6	1.5	60	15
	Superior	50	12.5	69	17.3	3	0.8	122	30.5
	Ninguna	0	0	2	0.5	0	0	2	0.5
	Total	103	25.8	272	68	25	6.3	400	100
RELIGIÓN	Católica	73	18.3	181	45.3	16	4	270	67.5
	Evangélica	3	0.8	16	4	1	0.3	20	5
	Testigo de Jehová	2	0.5	6	1.5	1	0.3	9	2.3
	Cristiana	12	3.0	42	10.5	3	0.8	57	14.3
	Ninguna	13	3.3	25	6.3	4	1	42	10.5
	Otras	0	0.0	2	0.5	0	0	2	0.5
	Total	103	25.8	272	68.0	25	6.3	400	100
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Alto nivel	0	0	2	0.5	0	0.0	2	0.5
	Medio-alto	29	7.3	53	13.3	3	0.8	85	21.3
	Medio-bajo	61	15.3	115	28.8	8	2.0	184	46
	Bajo	12	3	98	24.5	14	3.5	124	31
	Marginal	1	0.3	4	1	0	0	5	1.3
	Total	103	25.8	272	68	25	6.3	400	100

Fuente: formulario de recolección de datos

Realizado por: Jorge Guaman, Nancy Marcatoma

En la Tabla 8 se relacionó el nivel sociodemográfico y conocimientos, de los 400 participantes, observándose que aquellos usuarios con edades iguales o mayores 38 años tuvieron un nivel medio de conocimientos con un 19.3% (77), sin embargo las personas con edades comprendidas entre 18 a 22 años 19% (76) presentaron el mismo nivel de conocimiento. La mayoría de los pacientes con nivel medio de conocimientos corresponden al sexo femenino 48.3% (193) y el 19.8% (79) masculino. De acuerdo al nivel de instrucción aquellos usuarios que cursaron la secundaria completa 27.3%(109) y educación superior 17.3% (69) presentan el mismo nivel medio de conocimientos. Respecto a la religión la mayoría de la población fueron católicos en el 45.3%(181) con nivel medio de conocimiento, mientras que el 18.3%(73) alto de conocimientos. Más de la mitad de los encuestados con nivel medio de conocimientos el 28.8% (115) y el 24.5%(98) poseen nivel socioeconómico medio bajo y bajo, respectivamente.

Tabla 9

Actitudes sobre aborto inducido de 400 pacientes del Área de Consulta Externa del Centro de Salud N°1 Pumapungo. Cuenca agosto del 2018.

ACTITUDES		Frecuencia	Porcentaje
	Aceptación	94	23.5
	Indiferencia	217	54.3
	Rechazo	89	22.3
	Total	400	100

Fuente: formulario de recolección de datos
Realizado por: Jorge Guaman, Nancy Marcatoma

En referencia a las actitudes sobre el aborto inducido la actitud de indiferencia fue la que tuvo supremacía con un 54.3% (217), seguida de aceptación 23.5 % (94) y rechazo en un 22.3% (89) (tabla 9).

Tabla 10

Actitudes sobre aborto inducido de 400 pacientes del Área de Consulta Externa del Centro de Salud N°1 Pumapungo según variables sociodemográficas. Cuenca agosto del 2018.

VARIABLES		ACTITUDES							
		Aceptación		Indiferencia		Rechazo		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
EDAD	18 a 22 años	29	7.3	48	12	23	5.8	100	25
	23 a 27 años	24	6	46	11.5	24	6	94	23.5
	28 a 32 años	10	2.5	37	9.3	10	2.5	57	14.3
	33 a 37 años	11	2.8	27	6.8	8	2	46	11.5
	38 años o más	20	5	59	14.8	24	6	103	25.8
	Total	94	23.5	217	54.3	89	22.3	400	100
SEXO	Hombre	32	8	65	16.3	22	5.5	119	29.8
	Mujer	62	15.5	152	38	67	16.8	281	70.3
	Total	94	23.5	217	54.3	89	22.3	400	100
INSTRUCCIÓN	Primaria completa	10	2.5	23	5.8	9	2.3	42	10.5
	Primaria incompleta	4	1	9	2.3	1	0.3	14	3.5
	Secundaria completa	24	6	91	22.8	45	11.3	160	40
	Secundaria incompleta	17	4.3	36	9	7	1.8	60	15
	Superior	38	9.5	58	14.5	26	6.5	122	30.5
	Ninguna	1	0.3	0	0	1	0.3	2	0.5
	Total	94	23.5	217	54.3	89	22.3	400	100
RELIGIÓN	Católica	54	13.5	155	38.8	61	15.3	270	67.5
	Evangélica	3	0.8	11	2.8	6	1.5	20	5
	Testigo de Jehová	2	0.5	6	1.5	1	0.3	9	2.3
	Cristiana	15	3.8	30	7.5	12	3	57	14.3
	Ninguna	19	4.8	15	3.8	8	2	42	10.5
	Otras	1	0.3	0	0	1	0.3	2	0.5
	Total	94	23.5	217	54.3	89	22.3	400	100
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Alto nivel	1	0.3	1	0.3	0	0	2	0.5
	Medio-alto	28	7	38	9.5	19	4.8	85	21.3
	Medio-bajo	37	9.3	103	25.8	44	11	184	46
	Bajo	27	6.8	73	18.3	24	6	124	31
	Marginal	1	0.3	2	0.5	2	0.5	5	1.3
	Total	94	23.5	217	54.3	89	22.3	400	100

Fuente: formulario de recolección de datos

Realizado por: Jorge Guaman, Nancy Marcatoma

La tabla 10 representa la actitud sobre el aborto inducido en los 400 encuestados, los participantes con edades de entre 38 años o más presentaron un 14.8% (59) de actitud de indiferencia, aunque en este mismo rango de edad se observó un 6% (24) de rechazo ante el aborto inducido; cifras similares evidenciaron las personas de entre 18 a 22 años quienes fueron indiferentes a la problemática concerniente al tema de investigación con un 12% (48), sin embargo tuvieron 7.3% (29) una aceptación frente al aborto provocado. Las mujeres tuvieron un 38% (152) de actitud indiferente, sin embargo 16.8% (67) y 15.5% (62) mostraron una actitud de rechazo y aceptación respectivamente. En cuanto los hombres el 16.3% (65) presentaron una actitud de indiferencia, pero el 8% (32) lo aceptaron y solo el 5.5%(22) lo rechazó. De acuerdo al nivel de instrucción los usuarios que cursaron la secundaria completa con el 22.8% (91) tuvieron una actitud indiferente, el 11.3% (45) de rechazo el aborto y el 6%(24) lo aceptó, a diferencia del superior que rechaza en un porcentaje similar 6.5%(26), lo acepta el 9.5% (38) y en un 14.5% tiene una actitud indiferente. De acuerdo a la religión los católicos tuvieron el 38.8% (155) de actitud de indiferencia, el 15.3%(61) rechazó esta práctica y el 13.5%(54) aceptó, de igual manera los de religión cristiana tuvieron una actitud de indiferencia en un 7.5% (30), pero el aceptaron y rechazaron el aborto en 3.8% (15) y 3%(12) respectivamente. De acuerdo al nivel socioeconómico el medio bajo tuvo una actitud de indiferencia 25.8%(103), el 11%(44) una de rechazo y el 9.3%(37) de aceptación, los de nivel bajo tuvieron el 18.3% fueron indiferentes, con similar porcentaje quienes lo aceptaron con el 6.8% y el 6%(24) lo rechazaron.

Tabla 11

Actitudes y nivel de conocimiento sobre aborto inducido de 400 pacientes del Área de Consulta Externa del Centro de Salud N°1 Pumapungo según variables sociodemográficas. Cuenca agosto del 2018.

		NIVEL DE CONOCIMIENTOS							
		Alto		Medio		Bajo		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
ACTITUDES	Aceptación	22	5.5	64	16	8	2	94	23.5
	Indiferencia	56	14	148	37	13	3.3	217	54.3
	Rechazo	25	6.3	60	15	4	1	89	22.3
	Total	103	25.8	272	68	25	6.3	400	100

Fuente: formulario de recolección de datos

Realizado por: Jorge Guaman, Nancy Marcatoma

La tabla 11 representa la relación de actitudes y conocimientos sobre el aborto inducido, por lo que de los 400 encuestados el 54.3% (217) evidenció una actitud de indiferencia y de los cuales el mayor porcentaje 37% (148) lo representaron aquellos que tuvieron un nivel de conocimiento medio, por otra parte el 23.5% arrojaron una actitud de aceptación al aborto provocado, la mayoría de ellos 16% (64) con un conocimiento medio sobre la problemática. Finalmente, el 22% de usuarios rechazaron la práctica de abortar, de la misma manera la mayoría de ellos se situó en un nivel medio de conocimientos con 15% (60), aunque el 6.5% (25) tuvieron alto conocimiento sobre el tema.

VIII. DISCUSIÓN

Sobre la valoración de la vida Judith Butler introduce en su texto sobre Vida Precaria, la distinción entre dos conceptos que determinan la vida refiriéndose a precariedad y precaridad, aclarando que son enunciados que interactúan continuamente, el último concepto hace referencia a “la definición existencial que enfrenta toda vida a su finitud, estableciendo que todas las vidas son por defecto precarias, ya que pueden ser eliminadas de manera voluntaria o accidental”, por ello su persistencia no está garantizada; por otro lado la precariedad nos impone una obligación, jurídica, política, social, de mantener algo a pesar de las circunstancias individuales (48) (49). En este contexto, actualmente en la opinión pública sobre aborto provocado o inducido, se exponen dos posiciones claramente definidas, la primera se visibiliza en la oposición al acto de abortar, que engloba a aquellos que defienden su penalización absoluta y otros en esta misma línea que “aceptan” el aborto en circunstancias muy definidas, por otro lado están quienes defienden que la decisión de abortar sea exclusiva de la mujer y que esto no debería conllevar a repercusiones de ningún tipo, sobre todo las legales (49).

Según la normativa vigente en nuestro país, los casos considerados como no punibles ante la ley en caso de presentarse un aborto provocado son aquellas mujeres en las que se ponga en riesgo la salud materna o las que se embaracen luego de una violación con una discapacidad mayor al 40% (38). Sin embargo, aquellas mujeres que por decisión propia tomen la resolución de terminar su embarazo por razones meramente personales o familiares, se enfrentan en dichas circunstancias a consumir un aborto provocado en la clandestinidad, y en centros hospitalarios que muchas veces no brindan las seguridades mínimas necesarias para el efecto (49).

En nuestro estudio participaron 400 personas, cuya media de edad fue de años de 31.7años, la población se caracterizó por ser de predominio femenino con un 70.3%, de instrucción secundaria completa 40%, y residían en áreas urbanas en 75.3%, etnia mestiza 90.8% y estado civil soltero 40%.

A dichos participantes se les investigó el nivel de conocimientos y actitudes sobre aborto provocado, encontrando que en cuanto los conocimientos 272 participantes lo que corresponde al 68% tuvieron un nivel medio, seguido un 25.8 % (103) con un rango alto de conocimientos, finalmente un 6.3% (25) tuvieron un nivel bajo.

Estos datos se contrastan con los encontrados con un estudio realizado de Grover Eyden Trujillo Mamani y Efraín Sembrera Farceque, Perú, año 2015, sobre “Conocimientos y actitudes sobre el aborto inducido en adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Gran Unidad Escolar Las Mercedes, Juliaca 2015”, quienes concluyeron la mayoría de los estudiantes presentaron un nivel medio de conocimientos (53.9%), seguido de los niveles bajo (23.4%) y alto (22.7%); en relación a las actitudes hacia el aborto, se apreció que la mayoría de los estudiantes presentan una actitud de aceptación del aborto inducido (43.0%), seguido de las actitudes de indiferencia (35.2%) y actitud de rechazo (21.9%) (24).

A su vez Rojas, Perú, año 2017 en su investigación sobre “Nivel de Conocimiento sobre el Aborto en adolescentes del 5° secundaria del Colegio Nacional de Iquitos”, con una muestra de 85 alumnos de diferentes secciones del colegio el 70.6% de los alumnos encuestados tuvieron un nivel de conocimiento eficiente; sin embargo el 29.4% tuvieron un nivel de conocimiento deficiente sobre el aborto (35).

En nuestra investigación la actitud sobre el aborto inducido se caracterizó porque la principal actitud fue de indiferencia 54.3% (217), seguido de aceptación 23.5 % (94) y rechazo en un 22.3% (89). Cifras que discrepan a las presentadas en la investigación de Alvargonzález, España, en el 2015, donde concluyó en su estudio con 1025 estudiantes de pregrado de la Universidad de Oviedo sobre "Conocimientos y actitudes sobre el aborto entre estudiantes de pregrado", que los estudiantes de medicina, psicología y enfermería presentaron una actitud de rechazo al aborto con un 55,93%, 54,19% y 53,62%, respectivamente, mientras que los estudiantes de historia, filología y físicas presentaron una actitud de aceptación con un 48,44%, 48,49% y 50.12%, respectivamente (25). En el estudio Mosley et al, donde analizaron 500 áreas de enumeración censal de África estratificadas por provincia, urbanidad y grupo de población, recogieron la

información por medio de entrevistas realizadas en los domicilios de los participantes, encontrando una actitud de rechazo ante el aborto con el 52,5% (27).

En referencia a las actitudes de los usuarios del Centro de Salud 1 Pumapungo sobre el aborto inducido, la actitud de indiferencia fue la más frecuente con un 54.3%, seguida de aceptación en el 23.5 % y rechazo en un 22.3%. En la misma línea un estudio de Freitas, Perú, en el 2013 sobre “Conocimiento y actitudes hacia el aborto en usuarios del módulo de atención integral del adolescente Hospital Regional de Loreto Punchana”, observó que 74% presentaron actitud positiva y el 26% una tendencia negativa, además concluyó que aquellos pacientes con edades comprendidas entre 12 y 17 años tuvieron conocimientos deficientes sobre aborto con un 86.5%, y, apenas un 13.5% reportaron buen nivel (28).

En nuestro estudio en cuanto a las actitudes y conocimientos del tema abordado, se concluyó que aquellos que presentaron una actitud de indiferencia el mayor porcentaje de ellos tuvieron un nivel de conocimiento medio con un 37%, por otra parte de los que presentaron una actitud de aceptación al aborto provocado el 16% tuvo también un nivel medio de conocimientos y el 15% de los que tuvieron un nivel medio de conocimientos rechazaron en un 22% la práctica de abortar. Al contrastar nuestros resultados con un estudio de Freitas, en Perú, quien observó que el 16.4% el usuarios presentaron actitud positiva sobre el aborto los mismos que tuvieron un nivel deficiente de conocimientos con un 61.5%, el 12.5% un buen conocimiento. Así mismo el 83.6% usuarios con actitud negativa sobre el aborto, 25.0% presentaron conocimientos deficientes y apenas el 1% conocimiento eficiente (28). Por otro lado en el estudio realizado por Coronel, en Perú, en el 2013, concluyó que los participantes del estudio presentaron un alto porcentaje de conocimientos regulares con el 49,6% y un 45% de actitudes de indiferencia, concluyendo que aquellos participantes que reportaron “conocimientos deficientes” presentaron mayoritariamente una actitud de aceptación ante el aborto (46,4%); aquellos con “conocimientos regulares y buenos” muestran actitudes de “indiferencia” con un 41,1% y 58,6% respectivamente (26).

Finalmente, para concluir el análisis de párrafos anteriores, es necesario resaltar que la penalización no evita el aborto, sino más bien restringe a aquellas mujeres



que no cuentan con los recursos suficientes para realizarse este procedimiento en condiciones adecuadas, por lo ello queda en manifiesto la profunda brecha existente dando cuenta de que hay vidas que son más valoradas que otras, lo que en otras palabras implica proteger a unas mujeres y exponer a otras (49).

Por otro lado, la praxis médica, nunca tiene ni tendrá la intención de matar seres humanos sin excepción alguna, pues el objetivo de esta es salvar tanto a la madre como al niño, sin embargo, cuando la decisión de la mujer es terminar con la gestación, entran en juego una multiplicidad de procesos éticos, legales, sociales, religiosos, políticos, económicos, entre otros, que ciertamente activan la disputa sobre un tema tan álgido como lo es el aborto provocado (50) (51). En este debate participan valores o principios que involucran a individuos y organizaciones sociales, que ciertamente tienen uno u otro punto de vista, sustentado en conocimientos, actitudes, creencias, entre otras, para tomar uno u otro camino a seguir en torno a la problemática. No obstante, independientemente del punto de vista sobre la decisión de nuestras pacientes en terminar con su embarazo por decisión propia, es indispensable que como médicos, participemos activamente en el debate, no sólo como interlocutores válidos por poseer la experiencia y el conocimiento científico, sino porque en la práctica diaria en algún momento enfrentaremos situaciones críticas de usuarias que abran la puerta hacia el aborto, por ello estamos obligados éticamente a brindar la información necesaria a las personas que atendemos con profunda responsabilidad y profesionalismo.

IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9.1. CONCLUSIONES

- En cuanto a las variables sociodemográficas de los 400 participantes, un cuarto de los usuarios(as) sobrepasó los 38 años, donde más de la mitad de participantes fueron mujeres con un 70.3%, un 40% tuvo instrucción secundaria, el 75.3% residían en áreas urbanas, el 67.5% se identificaron con la religión católica el 46% tuvieron nivel socioeconómico medio-bajo.
- En cuanto al nivel de conocimientos de los participantes del estudio sobre aborto inducido, se concluye que el 68% tiene un nivel medio de conocimientos, seguido de un alto conocimiento en el 25.8% y bajo 6.3%.
- En referencia a las actitudes de los usuarios del Centro de Salud 1 Pumapungo sobre el aborto inducido, la actitud de indiferencia fue la más frecuente con un 54.3%, seguida de aceptación en el 23.5 % y rechazo en un 22.3%.
- Sobre la relación de actitudes y conocimientos del tema abordado, de todos los encuestados que evidenciaron una actitud de indiferencia el mayor porcentaje lo representaron aquellos que tuvieron un nivel de conocimiento medio con un 37%, por otra parte de aquellos que presentaron una actitud de aceptación al aborto provocado, el 16% tuvo un conocimiento medio sobre la problemática. Finalmente, del 22% de los usuarios rechazaron la práctica de abortar, donde el 15% de ellos tuvo un nivel medio de conocimientos en torno a la problemática, no obstante, el 6.5% tuvo un alto conocimiento sobre el tema.



9.2. RECOMENDACIONES

- Se debería estimular debates sobre el tema de aborto provocado en los diferentes espacios públicos, esto con la finalidad de que la población tenga acceso a información de primera mano el tema del aborto.
- Correspondería implementar y diseñar talleres sobre conductas, comportamientos, derechos sexuales y reproductivos, además de sesiones educativas de salud preventiva no sólo en el ámbito del aborto sino también en anticoncepción, para mejorar el nivel de conocimientos y reducir los casos de embarazos no deseados con la consecuente práctica de abortos inducidos.
- Capacitar y sensibilizar al personal sanitario sobre aborto provocado, para de esta manera generar un cambio de actitudes en torno a la problemática, ya que son los trabajadores de salud los que diariamente durante su práctica profesional se enfrentan a diferentes escenarios, en los cuales sino están preparados no podrían ser el apoyo que su paciente necesita al atravesar por esta disyuntiva.



X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez A. Obstetricia. 4.^a ed. Chile: Mediterráneo; 2011. 1357 p.
2. Pérez B, Elena M. La trayectoria del aborto seguro en Cuba: evitar mejor que abortar. Rev Noved En Poblac. diciembre de 2014;10(20):87-104.
3. Taboada Lugo N. Dilemas éticos en la interrupción del embarazo por malformaciones congénitas. Humanidades Médicas. abril de 2017;17(1):17-30.
4. Pérez-Arciniegas E, Godoy-Albornoz D, Quiroz-Figuera D, Quiroz D, Tovar-Thomas C, Romero-Herrera A, et al. Aspectos clínico-epidemiológicos del aborto en un hospital de Upata. Estado Bolívar-Venezuela. 2016;27(1):7.
5. Ortiz-Prado E, Simbaña K, Gómez L, Stewart-Ibarra A, Scott L, Cevallos S G. Abortion, an increasing public health concern in Ecuador, a 10-year population-based analysis. Pragmatic Obs Res. julio de 2017;Volume 8:129-35.
6. Martín Sierra M, Gómez Ugalde A, Cabrera Peláez Y, Miranda Q, Lidia O, Báez G, et al. Misoprostol como método de interrupción del embarazo, una alternativa clínica económica. Rev Arch Méd Camagüey. abril de 2012;16(2):182-9.
7. Flores Coca J. Aborto en la adolescencia. Impacto ético y social. MediSur. diciembre de 2015;13(6):708-10.
8. Garcia M CV. Prevalencia de los factores de riesgo del aborto reiterado en la adolescencia. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2015;41(1):23-38.
9. Llorente-Marrón M, Díaz-Fernández M, Méndez-Rodríguez P. Contextual determinants of induced abortion: a panel analysis. Rev Saúde Pública [Internet]. 2016 [citado 26 de junio de 2018];50(0). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100204&lng=en&tlng=en
10. Prevención del aborto peligroso [Internet]. [citado 21 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
11. Center of Reproductive Rights. Clasificación de las leyes sobre aborto desde la más hasta la menos restrictiva [Internet]. [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/2014AbortionMapES.pdf>
12. Abortion in Latin America and the Caribbean [Internet]. Guttmacher Institute. 2016 [citado 21 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-latin-america-and-caribbean>



13. Arellano G. Actitudes hacia el aborto inducido en hospitales del distrito del Chiclayo en el año 2016. 2016;33.
14. Torres F, Agustina M, Vegué C, Leyva S, Juan R, Bonal F. Aborto inducido en adolescentes. Hospital Municipal de Libolo. Kwanza Sul. Ango- la. 2015 - 2016. 2018;8.
15. Jerman J, Jones RK, Onda T. Characteristics of U.S. Abortion Patients in 2014 and Changes Since 2008. :29.
16. Chae S, Desai S, Crowell M, Sedgh G, Singh S. Characteristics of women obtaining induced abortions in selected low- and middle-income countries. Gebhardt S, editor. PLOS ONE. 29 de marzo de 2017;12(3):e0172976.
17. Cuestas E. Historia del aborto inducido y resultados perinatales adversos. Rev Fac Cienc Médicas. 2018;75(1):1-2.
18. Dides C, Fernández C, Peltier G. Aborto en Chile: cifras y testimonios que respaldan la exigencia de la legalización del aborto por tres causales. Abort Chile Evid Backing Its Leg Accord Three Causes. diciembre de 2015;(20):145-87.
19. Jatlaoui TC. Abortion Surveillance — United States, 2013. MMWR Surveill Summ [Internet]. 2016 [citado 26 de junio de 2018];65. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/ss/ss6512a1.htm>
20. Suchira Suranga, Silva T, Lakshman Senanayake. Attitudes of Adults Concerning Induced Abortion and Abortion Law – A Community Based Study in Colombo City of Sri Lanka. 2016;
21. Küng SA, Darney BG, Saavedra-Avendaño B, Lohr PA, Gil L. Access to abortion under the health exception: a comparative analysis in three countries. Reprod Health. 13 de junio de 2018;15(1):107.
22. Urbina J. Prevalencia De Abortos en Mujeres entre 14 Y 18 Años de edad en El Hospital General IESS Ambato En El Período de Octubre 2015 –Marzo 2016.” [Internet]. 2017. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/6089/1/PIUAMED044-2017.pdf>
23. Stanley K, Susheela S, Haas T. La Incidencia del Aborto Inducido a Nivel Mundial. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar. 2013;16-24.
24. Mamani GET, Farceque ES. Conocimientos y actitudes sobre el aborto inducido en adolescentes del 5to año de secundaria de una institución educativa. Apunt Univ Rev Investig. 2016;VI(1):47-60.
25. Alvargonzález D. Knowledge and attitudes about abortion among undergraduate students. Psicothema. noviembre de 2017;(29.4):520–526.



26. Coronel L. Conocimientos y actitudes sobre el aborto, en mujeres en edad fértil. Hospital Nacional Docente Madre Niño, San Bartolomé, 2012 [Internet]. 31. Disponible en: http://intranet.uwiener.edu.pe/univwiener/portales/centroinvestigacion/documentacion/resumen_IV_simposio.pdf
27. Mosley EA, King EJ, Schulz AJ, Harris LH, De Wet N, Anderson BA. Abortion attitudes among South Africans: findings from the 2013 social attitudes survey. *Cult Health Sex.* agosto de 2017;19(8):918-33.
28. Freitas L. “Conocimiento y actitudes hacia el aborto en Usuarios del módulo de atención integral del adolescente Hospital regional de Loreto Punchana. 2013” [Internet]. Disponible en: <http://repositorio.upouni.edu.pe/bitstream/handle/UPOUNI/14/TESIS%20CONOCIMIENTO%20Y%20ADTITUDES%20HACIA%20EL%20ABORTO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
29. Kpolovie P. Female Students’ Attitude towards Abortion. *Int J Humanit Soc Sci Educ* [Internet]. 2017 [citado 22 de septiembre de 2018];4(11). Disponible en: <https://www.arcjournals.org/pdfs/ijhsse/v4-i11/12.pdf>
30. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente [Internet]. 2013. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_aborto_espontaneo.pdf
31. Torres MAF, Begué DC, Yoba ÁHM, Bermúdez REM, Abad AC. Caracterización de adolescentes con aborto inducido en el Hospital Municipal de Libolo, Kwansa Sul, Angola. *Rev Inf Científica.* 2 de marzo de 2018;97(2):244-52.
32. Rodríguez López T, Labrador S, Rosa L. Aborto y natalidad, razones médicas o de conveniencia a la salud en la sociedad. *Rev Cienc Médicas Pinar Río.* agosto de 2015;19(4):765-79.
33. Fernández Lora L, Fernández Lora F. Infección por aborto inducido en el Hospital Nacional de San Marcos (Guatemala). *MEDISAN.* marzo de 2011;15(3):350-5.
34. Obando JEN, Castillo EC. Estimación del índice de aborto inducido a través del modelo de Bongaarts. Región Áncash, 2013. *Crescendo.* 21 de julio de 2016;7(1):31-7.
35. Rojas E. Nivel de Conocimiento sobre el Aborto en adolescentes del 5° secundaria del Colegio Nacional de Iquitos: Noviembre 2017 [Internet]. Paidós; Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/346/ROJAS-1-Trabajo-Nivel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



36. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong C, Dashe J, Hoffman B. Williams Obstetricia. 24.^a ed. 2015.
37. Código Orgánico Integral Penal [Internet]. 2014. Disponible en: http://tbinetnet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ECU/INT_CEDAW_ARL_ECU_18950_S.pdf
38. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención del aborto terapéutico [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/ABORTO-TERAPE%C3%9ATICO-EDITOGRAM.pdf>
39. González SMP. El aborto, la bioética como principio de vida. En: La responsividad ética [Internet]. Plaza y Valdés; 2010 [citado 21 de junio de 2018]. p. 263-76. Disponible en: <http://plazayvaldes.metapress.com/openurl.asp?genre=article&id=doi:10.5211/9788492751327.ch5>
40. Santana G, Marín G. Causas de aborto en adolescentes de 12 a 18 años de edad atendidas en un hospital Gineco-Obstétrico de la ciudad de Guayaquil. [Internet]. 2017. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/8988/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-393.pdf>
41. Márquez Jiménez A, Márquez Jiménez A. Educación y desarrollo en la sociedad del conocimiento. Perfiles Educ. diciembre de 2017;39(158):3-17.
42. Hogg M, Graham M. Psicología Social. 5.^a ed. 2010. 802 p.
43. Ubillos S, Mayordomo S, Páez D. Psicología Social, Cultura y Educación. España; 2004.
44. Palomino M. Qué saben sobre el aborto inducido y que actitudes se evidencian en los adolescentes I.E. Micaela Bastidas [Internet]. 2009 [citado 19 de junio de 2018]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/249/Palomino_sm.pdf?sequence=1
45. Román-López CA, Angulo-Valenzuela RA. El médico familiar y sus herramientas. :6.
46. Ruiz N, Bosch V, Rodriguez V, Espinoza M. Estratificación socioeconómica, estado nutricional y lípidos plasmáticos en escolares venezolanos. :10.
47. Román-López CA, Angulo-Valenzuela RA, Figueroa-Hernández G, Hernández-Godínez MDLÁ. El médico familiar y sus herramientas. Rev Médica MD. 2015;6(4):294–299.
48. Butler J. Vida precaria: El poder del duelo y la violencia [Internet]. Buenos Aires; 2006. 163 p. Disponible en:



<https://psicanalisepolitica.files.wordpress.com/2014/10/butler-judith-vida-precaria.pdf>

49. Nicholls L, Cuestas F. Penalización del aborto: violencia política y abusos de la memoria en Chile. *Penal Abort Polit Violence Abuse Mem Chile*. abril de 2018;27(2):367-80.
50. Valenzuela CY. Aproximación Ética Científica Al Doble Efecto O Único Bien Posible En El Aborto Terapéutico. *Sci Ethical Approach Double Eff Possible Good Ther Abort*. noviembre de 2016;22(2):179-85.
51. Gudiño Bessone P. Aborto, Sexualidad Y Bioética En Documentos Y Encíclicas Vaticanas. *Abort Sex Bioeth Doc Vatican Encyclicals*. junio de 2018;24(1):85-94.

XI. ANEXOS

ANEXO 1: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CÓDIGO FORMULARIO: _____

SECCIÓN I: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS			
Edad: _____		Sexo: 1. Hombre 2. Mujer	
Instrucción:		Estado Civil:	
1. Primaria Completa 2. Primaria incompleta 3. Secundaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Superior 6. Ninguna		1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Unión libre 4. Viudo/a 5. Divorciado/a	
Etnia:		Residencia:	
1. Mestizo/a 2. Afroecuatoriano/a 3. Blanco/a 4. Indígena 5. Negro/a 6. Mulato/a 7. Montubio/a		1. Urbana 2. Rural	
Religión:		Ocupación:	
1. Católica 2. Evangélica 3. Testigo de Jehová 4. Otras 5. Ninguna		1. Empleado/a pública 2. Empleado/a privada 3. Agricultor/a 4. QQDD 5. Estudiante	
SECCIÓN II: NIVEL SOCIOECONÓMICO			
	Items	Puntos	
2.1. Profesión del jefe de hogar	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)	<input type="checkbox"/> (1)	
	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores	<input type="checkbox"/> (2)	
	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores	<input type="checkbox"/> (3)	
	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)	<input type="checkbox"/> (4)	
	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)	<input type="checkbox"/> (5)	
2.2. Nivel de instrucción de la madre	Enseñanza Universitaria o su equivalente	<input type="checkbox"/> (1)	
	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.	<input type="checkbox"/> (2)	
	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior	<input type="checkbox"/> (3)	
	Enseñanza primaria, o alfabeto (con algún grado de instrucción primaria)	<input type="checkbox"/> (4)	



	Analfabeta	<input type="checkbox"/> (5)
2.3. Principal fuente de ingreso de la familia	Fortuna heredada o adquirida	<input type="checkbox"/> (1)
	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales	<input type="checkbox"/> (2)
	Sueldo mensual	<input type="checkbox"/> (3)
	Salario semanal, por día, entrada a destajo	<input type="checkbox"/> (4)
	Donaciones de origen público o privado	<input type="checkbox"/> (5)
2.4. Condiciones de alojamiento	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo	<input type="checkbox"/> (1)
	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios	<input type="checkbox"/> (2)
	Viviendas con buenas condiciones, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2	<input type="checkbox"/> (3)
	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en condiciones sanitarias	<input type="checkbox"/> (4)
	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.	<input type="checkbox"/> (5)

1. 4 a 6 = alto nivel
 2. 7 a 9 = medio alto
 3. 10 a 12 = medio bajo
 4. 13 a 16 bajo
 5. 17 a 20 marginal

SECCIÓN III: CONOCIMIENTOS SOBRE ABORTO INDUCIDO

INSTRUCCIONES: Lea detenidamente las preguntas y marque con una X la respuesta correcta según su criterio, tome en cuenta que cada pregunta tiene únicamente una opción de respuesta.

1. ¿Cómo definiría al aborto provocado o inducido?

- a. Es la interrupción del embarazo después de las 20 semanas de gestación.
 b. Es la interrupción del embarazo por enfermedad materna y del feto.
 c. Es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación.
 d. Es la interrupción del embarazo espontáneamente.

2. ¿Cuáles son los tipos de aborto provocado?

- a. Espontáneo, voluntario.
 b. Voluntario, terapéutico.
 c. Terapéutico, espontáneo
 d. accidental, voluntario.

3. ¿Cuál cree que sea la principal causa para la realización de un aborto inducido o provocado?

- a. Para no sentir vergüenza por el embarazo.
 b. Falta de apoyo y abandono de la pareja.
 c. Miedo a la reacción o actitud de los padres frente al embarazo.
 d. Para salvar la vida de la madre si el embarazo pone en peligro su vida.

4. ¿Es considerado ser humano, producto de la concepción, en las primeras fases de desarrollo del embrión (células resultado de la fecundación del óvulo por el espermatozoide)?

- a. Si
 b. No

5. ¿Cuáles son las consecuencias que ocasiona el aborto en la esfera física de la mujer?

- a. Posteriores abortos espontáneos, pesadillas.
- b. Infecciones, Esterilidad, hemorragias.
- c. Esterilidad, sentimiento de culpa.
- d. Infecciones, intenso interés por los bebés.

1. ¿Cuáles son las consecuencias que ocasiona el aborto en la esfera psicológica de la mujer?

- a. Incapacidad de perdonarse, infecciones
- b. Retraimiento, esterilidad.
- c. Sentimientos de culpa, impulsos suicidas
- d. Remordimiento, esterilidad.

7. Actualmente, ¿En el Ecuador se encuentra legalizado el aborto?

- a. Si
- b. No

8. ¿Cuál es el método quirúrgico para realizar un aborto?

- a. La extracción del feto por la aplicación de inyecciones en la vena.
- b. La extracción del feto por la ingesta de hierbas.
- c. La extracción del feto por el uso de una legra (instrumento cortante).
- d. La extracción del feto por la ingesta de pastillas.

9. ¿Cuáles son los métodos químicos para realizar un aborto?

- a. La extracción del feto por el uso de una legra (instrumento cortante) y hierbas.
- b. La extracción del feto por la aplicación de inyecciones en la vena y pastillas.
- c. La extracción del feto por la ingesta de hierbas medicinales y pastillas.
- d. La extracción del feto a través de una cesárea y el uso de inyecciones.

10. ¿Cuál es la finalidad del aborto terapéutico?

- a. Continuar con los estudios.
- b. Evitar ser madres solteras.
- c. Salvar la vida de la gestante.
- d. Temor y vergüenza al embarazo.

11. ¿Desde cuándo el producto de la concepción, es considerado un ser humano?

- a. Desde el funcionamiento del corazón del feto.
- b. Desde la unión del óvulo con el espermatozoide.
- c. Desde el funcionamiento del cerebro del feto.
- d. Desde la formación de todas las partes del cuerpo del feto.

12. ¿En qué consiste el método de Legrado uterino para realizar un aborto inducido?

- a. Consiste en dilatar el cuello uterino, y se utiliza un instrumento quirúrgico, que se introduce en el útero y se saca al feto en pedazos y se remueve.
- b. Consiste en introducir una larga aguja y se inyecta una solución salina en el saco embrionario y el feto es quemado por la sal hasta que muere.
- c. Consiste en succionar por una jeringa el contenido del útero y el feto es arrojado del vientre materno hecho pedazos.
- d. Consiste en que el médico abre el vientre de la madre, saca el feto y muere.

13. ¿En qué consiste el método de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) para realizar un aborto inducido?

- a. Consiste en dilatar el cuello uterino, y se utiliza un instrumento quirúrgico, que se introduce en el útero y se saca al feto en pedazos y se remueve.
- b. Consiste en introducir una larga aguja y se inyecta una solución salina en el saco embrionario y el feto es quemado por la sal hasta que muere.
- c. Consiste en succionar por una jeringa el contenido del útero y el feto es arrojado del vientre materno hecho pedazos.
- d. Consiste en que el médico abre el vientre de la madre, saca el feto y muere.

14. ¿En qué consiste el método de irrigación salina para realizar un aborto inducido?

- a. Consiste en dilatar el cuello uterino, y se utiliza un cuchillo curvo, que se introduce en el útero y se pica al feto en pedazos y se remueve.
- b. Consiste en introducir una larga aguja y se inyecta una solución en el saco embrionario y el feto es quemado por la sal hasta que muere.
- c. Consiste en aspirar el contenido del útero y el feto es arrojado del vientre materno hecho pedazos.
- d. Consiste en que el médico abre el vientre de la madre, saca el feto y muere.

Esta sección será llenada únicamente por el investigador/a del estudio

1. Alto (9 a 14)
2. Medio (4 a 8)
3. Bajo (0 a 3)

SECCIÓN IV: ACTITUDES SOBRE ABORTO INDUCIDO

INSTRUCCIONES: Lea detenidamente las preguntas y marque con una X la respuesta correcta según su criterio:

TA: totalmente de acuerdo

A: de acuerdo

I: Indeciso

DA: en desacuerdo

TDA: totalmente en desacuerdo

	TA	A	I	DA	TDA
1. Estoy seguro(a) que la unión del ovulo y espermatozoide es un ser humano.					
2. Considero que, es mejor tener un aborto provocado que tener un niño no deseado.					
3. Si usted o su pareja se realizan un aborto entonces van a la cárcel.					
4. Considero despreciables a las mujeres que se han realizado un aborto.					
5. Desearía firmar una petición para hacer legal el aborto en el Ecuador.					
6. Si yo gobernara proveería fondos para apoyar a clínicas y hospitales para que realicen abortos en forma segura.					
7. Nadie debe tomar una decisión para interrumpir el embarazo puesto que sería despreciable hacerlo.					
8. Apoyo que el aborto sea legal cuando ponga en peligro la vida de la madre.					
9. Considero que la unión del óvulo y espermatozoide solo son células.					
10. Es despreciable realizarse un aborto.					
11. La legalización del aborto no garantiza la reducción de complicaciones.					
12. El aborto provocado o inducido es una rápida solución a mis problemas.					
13. Pienso que como persona me realizaría o estimularía a un aborto inducido debido a que afectaría mi estilo de vida					
14. Desearía que reciban un castigo las personas y médicos que realizan abortos.					
15. Apoyo al Gobierno para invertir en la promoción de actividades para prevenir los embarazos no deseados.					
16. La mujer es la única que puede decidir si realiza el aborto inducido.					
17. Las malformaciones del bebé no son causa para interrumpir mi embarazo.					
18. Es mejor legalizar el aborto para evitar sus complicaciones.					
Esta sección será llenada únicamente por el investigador/a del estudio					

1. Aceptación 18 a 55
2. Rechazo 70 a 90
3. Indiferencia 56 a 69

ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Periodo de tiempo comprendido entre el nacimiento hasta la fecha actual	Biológica	Formulario de datos	1. 18-22 años 2. 23 a 27 años 3. 28 a 32 años 4. 33 años o más
Sexo	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres	Biológica	Formulario de datos	1. Hombre 2. Mujer
Estado Civil	Situación civil en la que se encuentra una persona con otra	Legal	Formulario de datos	1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Unión libre 4. Viudo/a 5. Divorciado/a
Etnia	Grupo social, comunidad de personas que comparten diversas características y rasgos	Cultural	Formulario de datos	1. Mestizo/a 2. Afroecuatoriano/a 3. Blanco/a 4. Indígena 5. Negro/a 6. Mulato/a 7. Montubio/a 8. Otro
Ocupación	Profesión desempeñada en la sociedad	Laboral	Formulario de datos	1. Empleado/a pública 2. Empleado/a privada 3. Agricultor/a 4. QQDD 5. Estudiante 6. Otros
Residencia	Lugar en el que vive	Geográfica	Formulario de datos	1. Urbana 2. Rural
Instrucción	Grado de estudios alcanzado	Educativa	Formulario de datos	1. Primaria Completa 2. Primaria incompleta 3. Secundaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Superior 6. Ninguna
Religión	Conjunto de normas y comportamientos o ceremonias de oración o	Espiritual	Formulario de datos	1. Católica 2. Evangélica 3. Testigo de Jehová 4. Otras 5. Ninguna

	sacrificio que son propias de un comportamiento humano			
Nivel socioeconómico	Nivel socioeconómico de la familia de la puérpera participante en el estudio determinado mediante la escala de Graffar	Social Económica	Formulario de recolección datos	<ol style="list-style-type: none"> 1. 4 a 6 = alto nivel 2. 7 a 9 = medio alto 3. 10 a 12 = medio bajo 4. 13 a 16 bajo 5. 17 a 20 marginal
Nivel de conocimientos aborto inducido	Es la representación mental de las propiedades esenciales de un objeto que el sujeto ha estructurado y/o almacenado en su mente	Conceptual	Formulario recolección datos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alto 2. Medio 3. Bajo
Actitudes aborto inducido	Tendencia que predispone al individuo a reaccionar de una manera específica ante un hecho. Expresión de respuestas favorables o no expresadas por los usuarios respecto al aborto inducido	Actitudinal	Escala de Likert	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aceptación 2. Rechazo 3. Indiferencia



ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

PROTOCOLO DE TESIS “NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE ABORTO INDUCIDO EN USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGO”

INSTRUCTIVO: Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite y decidir si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre “NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE ABORTO INDUCIDO EN USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD N°1 PUMAPUNGO” debido a que es paciente de este Establecimiento de Salud seleccionado para el estudio.

INTRODUCCION:

La interrupción voluntaria del embarazo representa un problema de salud pública que compromete la salud reproductiva de las mujeres tanto desde el punto de vista biológico, psicológico y social, así como podría terminar con la vida de una mujer si se lo realiza en situaciones de riesgo.

Confidencialidad de los datos:

Para la investigadora del presente estudio es muy importante mantener su privacidad, por lo que se aplicará las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo la investigadora y el Comité de Ética de la Universidad de Cuenca tendrán acceso.
- 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 3) El Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Información de contacto.

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono a los teléfonos 0993287843 o al 0982823738 que pertenecen a Nancy Marcatoma y Jorge Guamán, o envíe un correo electrónico a nancymarcatoma@hotmail.com o al g.jord@hotmail.es

Declaración del Consentimiento Informado:

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los beneficios de participar, en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombre del participante: _____
Código: _____
Firma del investigador. _____

Firma: _____
Fecha: _____

ANEXO 4: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	1	2	3	RESPONSABLES
Presentación y aprobación del protocolo				Investigador - Director
Elaboración del marco teórico				Investigador - Director
Revisión de los instrumentos de recolección de datos				Investigador
Plan piloto				Investigador
Recolección de los datos				Investigador
Análisis e interpretación de los datos				Investigador – Director
Elaboración y presentación de la información				Investigador – Director

ANEXO

5:

PRESUPUESTO

Fuentes	Discriminación detallada de Recursos	Unidades que se Requieren	Valor de cada Unidad (USD)	Costo Total (USD)
Autora del estudio	Computadora	1	--	--
	Impresora	1	--	--
	Hoja A4	3000	0.01	30.00
	Impresiones	3000	0.02	60.00
	Fotocopias	4000	0.01	40.00
	Internet (horas)	240	0.1	24.00
	Lápiz	8	0.3	2.40
	Borrador	8	0.2	1.60
	Flash Memory	1	4.75	4.75
	Transporte	100	2	200.00
	Alimentación	100	2	200.00
	Encuestas	331	3	993.00
	Varios	--	--	90.00
	Computadora	1	--	--
	Libros Biblioteca	--	--	--
TOTAL		--	USD	1645.75

ANEXO 6: SOLICITUDES



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

Oficio No. 029-DEM-TI-18
Cuenca, 16 de julio de 2018

Doctora:
Gabriela Guillen
DIRECTORA DEL DISTRITO 01D01 - SALUD
Ciudad

De mi consideración:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que los estudiantes de la Carrera de Medicina, Nancy Marisol Marcatoma Zhinin y Jorge Marcelo Guamán Loja, puedan acceder al área de consulta externa del Centro de Salud N° 1 Pumapungo, con la finalidad de recopilar información que requiere para el desarrollo de su trabajo de investigación, cuyo tema es: **"NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE ABORTO INDUCIDO EN USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGO. CUENCA, 2018"**. La investigación estará dirigida por la Dra. Jeaneth Tapia, docente de la Facultad.


En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco y suscribo.

Atentamente,



Dra. Vilma Bojorque I.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA



	ELABORADO POR:	CPA. María Judith Piedra C.
	SUPERVISADO POR:	Dra. Vilma Bojorque I.



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

Oficio No. 030-DEM-TI-18
Cuenca, 16 de julio de 2018

Magister:
Carmen Abad
DIRECTORA DEL DISTRITO 01D02 - SALUD
Ciudad

De mi consideración:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que los estudiantes de la Carrera de Medicina, Nancy Marisol Marcatoma Zhinin y Jorge Marcelo Guamán Loja, puedan acceder al área de consulta externa del Centro de Salud Nicanor Merchán, con la finalidad de recopilar información que requiere para el desarrollo de su trabajo de investigación, cuyo tema es: **"NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE ABORTO INDUCIDO EN USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGO. CUENCA, 2018"**. La investigación estará dirigida por la Dra. Jeaneth Tapia, docente de la Facultad.


En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco y suscribo.

Atentamente,



Dra. Vilma Bojorque I.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA



	ELABORADO POR:	CPA. María Judith Piedra C.
	SUPERVISADO POR:	Dra. Vilma Bojorque I.

Av. El Paraíso 3-52 teléfono: 593-7- 4051155 / 4051000 ext. 3111 Fax: 4051157
Casilla 01-01-1891 E-mail: demed@ucuenca.edu.ec
Cuenca – Ecuador



MINISTERIO DE SALUD



Coordinación Zonal 6 - SALUD
Dirección Distrital 01D01 - SALUD

Memorando Nro. MSP-CZ6-DD01D01-2018-3310-M

Cuenca, 18 de julio de 2018

PARA: Dra. Vilma Mariela Bojorque Iñiguez

Sra. Lcda. Luisa Alejandrina Velecela Quinde
**Administrador Técnico del Establecimiento de Salud Centro 1 del
Primer Nivel de Atención, Tipo B**

ASUNTO: RESPUESTA a Recopilación de información para trabajo de investigación:

De mi consideración:

Luego de un cordial saludo, en respuesta al Documento No. 029-DEM-TI-18, dando cumplimiento al convenio Interinstitucional vigente entre, la Coordinación Zonal 6 de Salud y la Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, mediante el presente se autoriza la recopilación de información para el trabajo de investigación previo a la obtención del título de Médico de los Srs.: Jorge Marcelo Guamán Loja y Nancy Marisol Marcatoma ZHIÑIN con el tema: "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE ABORTO INDUCIDO EN USUARIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGO. CUENCA 2018"

Solicito se brinden las facilidades necesarias, con la finalidad de facilitar la recopilación de datos.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Med. Gabriela Johanna Guillen Pesantez
DIRECTORA DISTRITAL 01D01 (E)

Referencias:

- MSP-CZ6-01D01-VAU-2018-0430-E

Anexos:

- 029-dem-ti-18_(2018-430-e).pdf

• Av. Huayna Capac 1-270 y Píscar Capac
• Cuenca – Ecuador • Código Postal: 010104 • Teléfono: 593 (07) 4108-829 • www.salud.gob.ec



Memorando Nro. MSP-CZ6-DD01D01-2018-3310-M

Copia:

Sr. Abg. Angel Vinicio Zari Zari
Analista Distrital de Talento Humano de la Dirección Distrital 01D01 - Salud

raos/ic

GABRIELA JOHANNA
GUILLEN PESANTEZ

• Av. Huayna Capac 1-270 y Pisar Capac
• Cuenca – Ecuador • Código Postal: 010104 • Teléfono: 593 (07) 4108-829 • www.salud.gob.ec